

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 32

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

KYSTES HYDATIQUES DE LA FESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 14 Décembre 1923

PAR

Louis-Marie-Ernest-Joseph PHIQUEPAL D'ARUSMONT

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à CHATEAUNEUF-DU-FAOU (Finistère), le 19 mars 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		PICQUÉ, professeur	<i>Juges.</i>
		DUVERGEY, agrégé	
		VILLEMIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 32

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES DE LA FESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 14 Décembre 1923

PAR

Louis-Marie-Ernest-Joseph PHIQUEPAL D'ARUSMONT

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à CHATEAUNEUF-DU-FAOU (Finistère), le 19 mars 1899.



Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur	Président.
PICQUÉ, professeur	Juges.
DUVERGEY, agrégé	
VILLEMIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.....	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	N.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PÉRRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
id.....	N.	id.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	HERVIEUX.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	N.
Accouchements.....	PERY.	Pathologie interne.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie analytique.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SOEUR

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-ONCLE

LE BARON BOYER

Chirurgien de Napoléon.

A MON ONCLE

LE DOCTEUR DEPIED

*Ancien médecin principal de la marine,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLÉMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES CAMARADES

DE L'ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE NAVALE

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale,
Chirurgien titulaire de l'Hôpital Saint-André,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne,
Officier de l'Instruction publique.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES

DE LA FESSE

INTRODUCTION

Rares d'une façon absolue, fréquents d'une façon relative, les kystes hydatiques musculaires sont une affection que l'on peut être amené à diagnostiquer et à traiter, surtout dans les pays d'élevage. Dans sa statistique qui porte sur 7.156 cas, Thomas en a trouvé dans une proportion de 1,90 p. 100 et Marguet, dans sa thèse, en a réuni 130 observations. Dans nos recherches, nous avons vu que, depuis lors, les cas se sont multipliés.

Si nous nous en rapportons toujours aux statistiques, nous constatons que, d'après Marguet, ce sont les muscles adducteurs, lombaires et fessiers qui sont le plus souvent atteints. Aux 14 cas de kystes hydatiques de la masse sacro-lombaire cités par Marguet, le docteur Lasserre, dans une récente communication au *Journal de médecine de Bordeaux* (23 mars 1923), en a rapporté 12 nouveaux. A ceux de la région fessière (9 cas), nous venons ajouter les résultats de notre modeste travail.

Nous avons pu réunir 19 cas de kystes hydatiques de la région

fessière. Nous regrettons vivement de ne pouvoir citer 4 autres observations parues dans la *Revue de clinique chirurgicale de Berlin*, 1907, qu'il nous a été impossible de consulter.

C'est le manque de travail d'ensemble sur cette question, la place importante qu'ils occupent parmi les kystes hydatiques musculaires, et la difficulté du diagnostic, qui nous a amené à traiter ce sujet.

De plus, la région fessière est le siège fréquent de deux affections qui pourront donner le change. La compression nerveuse, tant au début pour les kystes profondément situés, qu'à la période d'état pour les kystes volumineux plus superficiels, pourra donner les signes d'une sciatique symptomatique, qu'un examen attentif nous permettra de rapporter à sa véritable cause. Le mal de Pott également pourra prêter à confusion en donnant des abcès ossifluents qui viendront occuper la région de la fosse iliaque externe.

Enfin, M. le professeur Guyot a bien voulu nous communiquer une observation de kyste hydatique multiloculaire. La rareté de ce cas a été pour nous l'occasion de rechercher quelles étaient les notions actuelles sur ce sujet. Nous les avons réunies au chapitre de l'anatomie pathologique.

Dans notre travail, nous avons surtout insisté sur le diagnostic; c'est en effet ici le point capital; mais combien difficile, combien délicat est souvent ce diagnostic. Heureux serons-nous si nous avons pu contribuer d'une façon, si minime soit-elle, à le rendre moins obscur.

Cependant, avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier ici tous ceux qui nous ont aidé de leurs conseils : notre oncle le docteur Depied qui, au début de notre travail, nous a éclairé de sa longue expérience, et M. le professeur Devé, si compétent sur ce sujet, qui a bien voulu nous communiquer de nombreux renseignements sur la question qui nous occupe. Enfin, que notre maître, M. le professeur Guyot, veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour les leçons qu'il nous a données pendant le cours de nos études médicales, et l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Étiologie.

L'étiologie des kystes hydatiques musculaires ne diffère point de celle des kystes hydatiques en général ; aussi serons-nous bref.

C'est surtout le chien qui est l'hôte habituel du *tænia échinococcus*, et si l'on considère la place qu'occupe auprès de l'homme ce « fidèle compagnon », on comprendra aisément avec quelle facilité il pourra lui transmettre le germe pathogène.

Tantôt, ce sera par ces caresses exagérées, ces habitudes malsaines de se faire lécher par leurs animaux domestiques que l'œuf du *tænia* pénétrera dans l'organisme de personnes peu soucieuses de leur hygiène et de leur propreté. Mais nous pensons que c'est là l'exception.

Tantôt et plus fréquemment, ce sera d'une façon indirecte qu'aura lieu la transmission. L'eau souillée, les légumes mal lavés ou insuffisamment cuits, seront les agents intermédiaires entre le chien et l'homme. La proximité du chenil et du jardin potager nous en donne un exemple dans l'observation IX.

Mais si l'ingestion des œufs du *tænia échinococcus* est la cause efficiente du développement des kystes hydatiques, nous devons également en noter les causes prédisposantes. Comme pour les kystes hydatiques en général, c'est à l'époque où l'organisme présente sa plus grande activité fonctionnelle que les kystes sont les plus fréquents ; c'est l'âge adulte qui est leur âge d'élec-

tion. Sur les 19 observations que nous avons recueillies, douze fois l'âge de nos malades variait de 20 à 37 ans. Audessous de 20 ans, nous avons noté 2 cas seulement, et 5 de 54 à 77 ans.

Alors que pour les kystes hydatiques en général, les hommes semblent plus fréquemment atteints que les femmes, pour les kystes de la fesse, nous avons noté une prédilection marquée pour le sexe féminin, 15 femmes contre 4 hommes. Malgré cette différence, on pourrait alléguer le nombre relativement restreint de nos observations. Mais Marguet, sur 130 cas de kystes musculaires, est arrivé à la même conclusion ; de même Lejars, dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus.

Il nous reste maintenant à aborder une question délicate, celle du rapport entre le traumatisme et le développement du kyste. Certes, de même qu'un coup ou une chute est incapable de produire à lui seul une tumeur blanche du genou par exemple, de même un traumatisme ne peut, sans ingestion d'œufs de *tænia*, donner naissance à un kyste hydatique. Mais voici un malade qui, six mois, un an, dix ans après un effort musculaire, une chute ou un coup, présente au niveau du point traumatisé un kyste hydatique. Y a-t-il relation de cause à effet ou simple coïncidence ? Fréquemment, on note un traumatisme dans les antécédents des malades, et sur nos 19 observations nous l'avons relevé sept fois. Pour Marguet, la vaso-constriction suivie de vaso-dilatation consécutive à un choc faciliterait l'arrêt de l'embryon hexacanthé en ce point. Pour Bertelé et Gros, le fait important serait la rupture vasculaire, la formation d'un hématome, et à ce niveau, *locus minoris resistentiæ*, l'embryon trouverait un milieu favorable à son développement. « Le traumatisme, a dit Verneuil, bat le rappel de la diathèse. » Il semble bien, en effet, que ces circonstances favorisent la fixation de l'embryon. Mais nous savons avec quelle lenteur évoluent les kystes hydatiques. Il faut des mois et des années pour que l'embryon donne naissance à une tumeur de volume suffisant pour être perçue. Or, le plus souvent, le traumatisme remonte à quelques mois à peine. Deux fois seulement sur les

sept où il est mentionné, un laps de temps suffisant le sépare de la découverte de la tumeur. Mais pour les autres s'il ne l'a pas fixé, n'aurait-il pas donné un coup de fouet à une tumeur déjà existante, ne l'aurait-il pas révélé? Question bien difficile à trancher en l'état actuel de nos connaissances. Cependant on retrouve si souvent le traumatisme dans les antécédents, qu'il est difficile de n'y voir toujours qu'une simple coïncidence.

CHAPITRE II

Pathogénie et anatomie pathologique.

Nous venons de voir que le *tænia échinococcus* était à l'origine des kystes hydatiques. Étudions maintenant ce que va devenir l'œuf du *tænia* parvenu dans l'organisme. Arrivé dans l'estomac, quatre à cinq heures après l'ingestion, nous assistons à la dissolution de sa coque sous l'action de l'acidité du milieu stomacal. L'embryon hexacanthé sera mis en liberté, et grâce à la double rangée de ses crochets, il se fixera d'abord à la muqueuse intestinale qu'il ne tardera pas à traverser.

Là, quel sera le chemin suivi par l'embryon? Cheminera-t-il de proche en proche comme le voulait Baillet et comme Garulanos et Tavel le prétendent au sujet de notre observation XIII? Cette théorie de la migration active de l'embryon hexacanthé n'est plus généralement admise. Comment admettre, en effet, qu'il aille se localiser pour certains kystes musculaires dans un endroit aussi éloigné que les muscles de l'orbite par exemple? Et si nous voulons nous en tenir au sujet qui nous occupe, ne serait-il pas plus logique, si on admettait cette théorie, de rencontrer plus fréquemment les kystes hydatiques au niveau de la fesse gauche, si proche de l'intestin? Or, nous les avons rencontrés dix fois à droite, quatre fois à gauche seulement. Dans 5 cas leur siège n'était pas indiqué.

« La veine porte constitue la grande porte d'entrée du parasite hydatide », a dit Devé, et c'est bien là la voie d'accès la plus fréquente de l'embryon dans l'intimité de l'organisme. Jeté ainsi dans la circulation, il se trouvera bientôt en présence

d'un premier obstacle : les capillaires du foie, ce qui explique la grande prédominance (59 p. 100) des kystes à ce niveau. Devé a bien étudié la migration de l'embryon au niveau de ce fin réseau sanguin. Le plus souvent, il l'a trouvé localisé à la périphérie du lobule, plus rarement au voisinage de la veine centro-lobulaire, sur le point de toucher la lumière de la veine. Semblable localisation « prouve que les embryons hexacanthés, éléments microscopiques malléables peuvent franchir le barrage capillaire hépatique éminemment dilatable et arriver de la sorte dans le système veineux cave » (Devé).

Ce premier obstacle franchi, un autre ne tarde pas à se présenter, et le poumon, avec sa vaste nappe sanguine, peut arrêter de nouveau l'embryon hexacanthé. Mais là aussi il peut, grâce à sa propriété de s'effiler, de s'étirer à travers ces capillaires, dont le diamètre est supérieur au sien, arriver aux veines pulmonaires, et être lancé dans la grande circulation. Il pourra alors se fixer immédiatement ou attendre plus ou moins longtemps une circonstance qui viendra faciliter son arrêt et son développement.

Le système musculaire en raison de sa grande activité circulatoire, accrue encore par le travail auquel il est soumis, sera un lieu d'élection pour sa fixation. « Les chances d'invasion d'un muscle, nous dit Marguet dans sa thèse, sont en raison directe de son volume et du quintuple de son activité fonctionnelle. » On comprend donc que les muscles de la fesse, pour cette double raison, soient parmi les plus fréquemment atteints, et les diverses statistiques confirment ce raisonnement. Il faut noter aussi le rôle du traumatisme dont nous avons parlé dans le précédent chapitre qui, par l'attrition des tissus qu'il provoque, contribue à localiser en ce point l'embryon hexacanthé.

Fixé en ce point, nous assisterons à l'évolution lente, mais continue qui aboutira à la formation d'un kyste hydatique. Devé, en 1916, a particulièrement étudié son histogénèse. C'est deux jours et demi environ après sa fixation que le parasite peut être reconnu au milieu d'un nodule formé de cellules conjonctives, mononucléaires et lymphocytes. Dès le quatrième

jour, le début d'élaboration kystique fait son apparition; au septième, le kyste présente sa structure élémentaire définitive, il est franchement vésiculeux; puis, à mesure que son volume augmente, apparaît autour de lui une zone de défense de l'organisme qui doit former le kyste adventif. Au troisième mois, la cuticule est nettement stratifiée, la membrane germinative est mince, la paroi adventice présente une zone épithélioïde avec infiltration leucocytaire et une zone fibroïde, « processus sclérogène avec éosinophilie, se continuant peu à peu avec le tissu ambiant ».

Au cinquième mois, la vésicule encore stérile a un diamètre de 4 à 5 millimètres.

Au point de vue macroscopique, les kystes hydatiques sont, au début, nettement intramusculaires, mais à mesure de leur accroissement, ils écartent les fibres du tissu noble, arrivent à la périphérie et ne tardent pas à devenir périmusculaires; mais leur caractéristique est de rester à l'intérieur de l'aponévrose du muscle. Leur volume est variable suivant le temps depuis lequel ils évoluent; tantôt de la grosseur d'une orange, ils peuvent atteindre le volume d'une tête d'adulte. Ils sont généralement lisses, non bosselés. Dix fois nous les avons trouvés à droite, trois fois seulement à gauche. Le plus souvent, ils sont uniques. Dans 2 de nos observations, nous avons eu affaire à des kystes multiples. Dans un de ces cas (Obs. XV), à côté d'un kyste de la fesse droite situé entre le grand et le moyen fessier, un second est noté entre les parois rectales et vaginales. Dans l'autre (Obs. XIII), l'intervention a montré trois kystes volumineux et de nombreuses vésicules au niveau du nerf sciatique et des vaisseaux cruraux. Il est regrettable que le siège propre du kyste ne soit pas noté dans les observations que nous avons recueillies. Il aurait été intéressant de constater si la loi de Marguet sur le rapport entre la fréquence et le volume se trouvait confirmée.

Au point de vue microscopique, en plus de la membrane périkytique de nature conjonctive étrangère au parasite, il nous faut étudier la cuticule, la membrane germinative et son contenu.

La membrane la plus externe, appelée membrane hydatique ou cuticulaire, est caractérisée par son aspect gélatineux, sa couleur laiteuse et sa structure particulière. Elle est formée de lamelles anhyestes superposées semblables aux feuillets d'un livre, se recroquevillant les unes sur les autres quand on les sépare. Elle a comme propriété essentielle d'être imperméable aux microbes, mais de se prêter facilement aux phénomènes osmotiques, notion de double importance, puisque, intacte, elle s'oppose à la suppuration et explique les phénomènes toxiques que l'on peut rencontrer pendant l'évolution du kyste.

Appliquée à la face interne de la cuticule, on trouve la membrane germinale ou proligère, « pellicule plasmodiale nucléée et glycogénée ». De 10 à 25 μ . d'épaisseur, elle est ainsi nommée, car elle donnera naissance à des formations vésiculaires appelées vésicules proligères. Reliées par un pédicule à la membrane dont elles émanent, ces vésicules peuvent s'en détacher et contribueront à former le « sable échinococcique » que l'on trouve à l'ouverture de nombreux kystes hydatiques.

L'intérieur du kyste est occupé par un liquide limpide, eau de roche, pour employer l'expression consacrée. Sa densité varie entre 1007 et 1013. Sa composition chimique est complexe. On y trouve du chlorure de sodium (5 à 8 grammes par litre), du phosphate et du sulfate de soude, du succinate de soude et de calcium, du glucose; enfin, une substance toxique albuminoïde « offrant les réactions chimiques des peptones et les effets physiologiques de toxalbumines ». A l'état normal, le liquide hydatique ne contient pas d'albumine. Sa présence est le signe de la mort des hydatides.

Entre les lamelles de la membrane cuticulaire, on peut trouver des ilots de membranes germinales qui, par leur évolution vers l'intérieur ou l'extérieur des kystes, formeront les vésicules filles endogènes ou exogènes. Leur structure est analogue à celle de la vésicule mère; elles possèdent une cuticule, ce qui les différencie des capsules proligères.

Celles-ci, issues par bourgeonnement de la membrane germinale, ne tardent pas à se creuser d'une cavité à l'intérieur de

laquelle apparaîtront les têtes de ténias ou scolex. Elles sont généralement invaginées, se présentant sous la forme d'une masse ovoïde, ayant à leur centre une couronne de 30 à 40 crochets; les vrais scolex sont pourvus de glycogène. Ces vésicules prolifères peuvent se rompre. Les scolex sont mis en liberté; ils deviennent hydropiques et prennent l'apparence des vésicules filles. C'est la possibilité de cette transformation, montrée par Devé, qui est la cause de l'échinococcose secondaire.

Jusqu'ici, nous nous sommes uniquement occupés des kystes uniloculaires; il nous reste à étudier maintenant les kystes multiloculaires. De cette affection extrêmement rare, puisque Adam, dans un article paru dans la *Gazette des hôpitaux* de 1913, prétend n'avoir trouvé aucun cas de kyste alvéolaire musculaire, nous avons été assez heureux de trouver une observation (Obs. V), d'après laquelle l'examen histologique a confirmé le diagnostic, observation que nous ajoutons à celle communiquée par notre maître, M. le professeur Guyot. Afin que les notions que nous avons pu recueillir sur cette question ne soient pas perdues et éparpillées dans nos différents chapitres, nous avons cru pouvoir les réunir ici. La nature du parasite est encore discutée, malgré les nombreux travaux dont elle a été l'objet. Pour les uns, on se trouve en présence d'une simple modalité d'un même parasite. Pour les autres, au contraire, kyste uniloculaire et multiloculaire sont dus à l'évolution dans l'organisme d'œufs de parasites différents. Cette dualité d'agents pathogènes a été surtout défendue par Melnikov-Rozvedenkow. Puis Mongold et Müller, ayant constaté que l'ingestion de scolex de kyste alvéolaire donnait lieu au développement d'un parasite spécial, mais non sans grandes analogies avec le ténia échinococcus, en ont conclu à deux parasites distincts. L'accord n'est pas encore fait. « On pourrait peut-être, dit Devé, concilier ces deux théories, en admettant qu'il s'agisse de deux variétés secondairement différenciées d'un même parasite. »

Quelle que soit la nature de l'agent pathogène en cause, c'est encore ici le chien qui en est l'hôte habituel. C'est lui qui dissémine les œufs du ténia qui pénétreront dans l'organisme par

l'appareil digestif et y suivront la même voie que l'embryon hexacanthé. Même étiologie, même pathogénie ; mais une fois fixé, il évoluera en donnant naissance à une tumeur bien distincte. Ici, ce n'est plus une tumeur lisse et bien limitée. Souvent bosselée, irrégulière, ses contours se perdent dans les tissus environnants. Elle a une consistance cartilagineuse. A la coupe, elle offre l'aspect d'une tranche de pain bis. De couleur gris sale, elle est formée d'un stroma fibreux souvent infiltré de sels calcaires criant sous le scalpel et creusé de nombreuses cavités irrégulières, dont les plus grandes ont le volume d'un pois. Ces cavités sont occupées par une substance colloïde où naissent des vésicules échinococciques minuscules. Les tissus voisins sont envahis comme dans les formations néoplasiques. En s'installant dans les tissus, les embryons de l'échinocoque alvéolaire provoquent une nécrose de coagulation. La présence de cellules géantes est la règle, et cette infiltration périphérique, jointe à une dégénérescence caséuse centrale concomitante, est une des caractéristiques des kystes multiloculaires qui n'est pas sans analogie avec le processus tuberculeux. Les vaisseaux sanguins eux aussi sont atteints d'endartérite et d'endophlébite ; ils sont envahis par la tumeur, d'où possibilité d'embolies et formation en un point quelconque de l'organisme d'un kyste de même nature. Partout, quel que soit son siège, il aura la même structure élémentaire, la même évolution. On n'a jamais vu la transformation d'un kyste multiloculaire en kyste uniloculaire.

Comme les kystes uniloculaires, leur évolution est lente et obscure. Par contre, leur diagnostic est très difficile, car « rien ne ressemble moins qu'eux au kyste hydatique banal ».

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Nous avons vu avec quelle lenteur évoluent les kystes hydatiques, et si nous ajoutons à ce signe l'indolence qui l'accompagne dans la majorité des cas, nous comprenons que rien ne vienne attirer l'attention au niveau de la région intéressée. Le début est, en effet, insidieux, et le plus souvent (dix fois dans nos observations), c'est par hasard ou au cours d'un examen attentif pour une toute autre affection, que la tumeur est découverte. Quoique évoluant depuis des années, elle n'a aucun retentissement sur l'état général.

Quelquefois, le kyste sera signalé par des douleurs vagues, une sensation de gêne ou de pesanteur au niveau de la fesse, mais nous trouverons alors une tumeur déjà volumineuse (trois fois); ce sont des signes de la période d'état plutôt que du début de l'affection.

Une fois nous avons trouvé des signes de sciatique remontant à une période assez reculée. C'est deux ans après seulement qu'on constate une tumeur au niveau de la région fessière droite (Obs. III). Il s'agissait, comme l'intervention le montra par la suite, d'un kyste profondément situé, capable, sous un volume restreint, de comprimer le nerf sciatique voisin.

La symptomatologie précédant l'apparition de la tumeur est donc bien pauvre en éléments nous permettant un diagnostic précoce; il ne sera presque jamais porté.

Mais une fois en présence de la tumeur, un examen attentif

nous permettra de réunir un ensemble de signes que nous allons maintenant étudier.

Au point de vue subjectif, on trouve assez souvent la même indolence qu'à la période du début. Sept fois, malgré son volume, la tumeur n'a décelé sa présence par aucune douleur et aucune gêne. Tantôt une sensation de pesanteur attirera l'attention, tantôt les quelques douleurs dont se plaignent les malades iront en augmentant. Elles seront continues ou intermittentes avec exacerbation passagère. En somme, peu de choses à retenir, si ce n'est l'indolence absolue ou relative d'une tumeur le plus souvent volumineuse.

L'examen nous montre en général une tuméfaction visible à la simple inspection, avec, dans quelques cas de kystes bas situés, abaissement du pli fessier et disparition de la fosse rétro-trochantérienne (Obs. VIII). La peau est presque toujours intacte et ne présente pas de coloration anormale (une fois). La palpation révèle une tumeur de grosseur variable (d'un œuf de dinde à une tête d'adulte), en général volumineuse (six fois le volume d'une tête de fœtus a été noté). La peau qui la recouvre est mobile.

On a affaire, le plus souvent, à une tumeur lisse, régulière, arrondie, bien limitée, que la palpation permet facilement de circonscrire. Deux fois seulement, on l'a trouvée bosselée (Obs. I et XIII) et une fois (Obs. IV) ses contours étaient indécis, la tumeur se continuant sans transition apparente avec les tissus avoisinants.

Elle est indolente et la palpation, même profonde, ne révèle aucune douleur.

D'une façon générale, sa consistance est dure, avec une certaine élasticité qui a été trouvée dans la plupart de nos observations. Elle est souvent rénitente.

Enfin la fluctuation est un des signes importants des kystes hydatiques. Recherchée avec soin, elle manque rarement, même dans les kystes profondément situés. Pour la rechercher, il faut mettre les muscles dans l'état de relâchement le plus complet, de façon à ne pas mettre entre la tumeur et les plans superfi-

ciels une barrière musculaire qui en rendrait la perception impossible. Elle aiguille sur la nature de l'affection et sa fréquence (une fois seulement elle a manqué) est d'un grand appoint pour le diagnostic.

Le frémissement hydatique aidera aussi à établir la nature de la tumeur. Présenté au début par Blatin et Briancçon comme pathognomonique, il semblait que désormais le diagnostic en allait être facile. Malheureusement, ce signe capital paraît à la plupart des auteurs comme tout à fait exceptionnel. De plus, il aurait été trouvé dans d'autres affections, les kystes de l'ovaire, du mésentère, certaines hydronéphroses et mêmes ascites. Cependant, il restera pour Devé le signe pathognomonique des kystes hydatiques, la signature de cette affection chaque fois qu'il sera perçu. S'il est rare, en effet, nous ne l'avons relevé qu'une seule fois dans nos observations, il n'en est pas moins vrai qu'il existe et qu'il garde toute sa valeur. Et s'il a été trouvé dans d'autres affections, ne serait-ce pas par une fausse interprétation? « Je crois, dit Devé, que les cliniciens n'ont pas toujours suffisamment séparé du frémissement proprement dit, la vibration obtuse qui peut se percevoir à la percussion des kystes non hydatiques à paroi mince. » « Le trait distinctif du vrai frémissement hydatique, écrit Barnett, est la vibration exquise, analogue à celle d'un ressort, qui se prolonge tout à fait distinctement au delà de la percussion et qui s'associe à la résonnance du tambour perçue à la percussion auscultatoire. » On peut donc considérer comme kyste hydatique toute tumeur présentant ce frémissement particulier. Enfin, la présence de ce signe a une valeur plus étendue encore. Pour Devé, frémissement hydatique n'égale pas seulement kyste hydatique, il permet aussi de conclure avec une grande probabilité à la présence d'hydatides multiples juxtaposées dans une poche ne renfermant pas de liquide ou n'en contenant qu'une minime quantité ».

Contrastant avec la présence d'une tumeur souvent volumineuse, l'état général reste excellent. Pas de retentissement sur l'état général : c'est là une notion importante dont il faudra se

souvenir quand nous aurons à différencier les kystes hydatiques d'autres tumeurs malignes.

Tels sont les principaux signes qui nous permettront d'arriver au diagnostic. Nous parlerons au prochain chapitre des résultats fournis par les recherches de laboratoire. Il nous a semblé qu'il était plus logique de les étudier alors seulement, puisqu'elles servent surtout à confirmer la nature de la tumeur ou à aider à un diagnostic hésitant.

Enfin, nous ne devons pas négliger les renseignements fournis par la radiographie. Une ombre nettement tranchée, à contours tracés comme au compas, sera en faveur de l'affection qui nous occupe.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Le diagnostic des kystes hydatiques de la fesse est chose délicate. Si nous examinons nos observations, il n'a été porté qu'une seule fois d'une façon nette; pour les autres, il est resté en suspens, attendant les résultats d'une ponction dont nous étudierons dans un instant la valeur, ou a donné lieu à une erreur de diagnostic qu'une intervention chirurgicale a seule permis de corriger. Grâce à un examen attentif, joint aux résultats des réactions de laboratoire qui, sans suppléer la clinique, lui apportent cependant d'utiles indications, il nous semble que ces erreurs paraissent aujourd'hui plus faciles à éviter.

Au début de son évolution, le kyste hydatique restera toujours une trouvaille d'autopsie. Comment diagnostiquer, en effet, une tumeur de la grosseur d'une bille, par exemple, située dans la profondeur des muscles, alors qu'elle ne manifeste sa présence par aucun signe, aucune douleur, et que son volume restreint l'empêche d'être perçue par un examen même attentif. Et souvent, d'ailleurs, l'intérêt pratique d'un pareil diagnostic précoce serait minime. Alors que certains malades, évidemment par une interprétation fâcheuse de leur intérêt mal compris, refusent une opération pour une tumeur de nature douteuse à son début, beaucoup hésiteront à subir une intervention pour un kyste aussi peu volumineux dont ils ne souffrent pas et dont le pronostic est bénin.

Mais plus important est de trouver la nature d'une tumeur ayant déjà atteint un développement important.

« Toutes les fois qu'il existe une tumeur liquide non inflammatoire au milieu des fibres musculaires, songez aux kystes hydatiques », a dit Launelougue. Ce seront les principaux signes que nous avons étudiés à la symptomatologie qui confirmeront ce diagnostic. On se basera sur l'évolution insidieuse de la tumeur, son indolence relative, sa forme arrondie, ses limites nettes, la fluctuation qu'une recherche attentive permettra de reconnaître; enfin sur ce frémissement particulier « aux gros kystes hydatiques ou à ceux reposant sur une base dure », signe malheureusement trop rare, mais dont la présence enlèvera tous les doutes sur la nature de la tumeur.

Et cependant combien d'erreurs, même entre les mains des maîtres les plus réputés de la chirurgie rompus aux diagnostics les plus délicats. C'est qu'en effet d'autres affections se présentent avec des signes semblables, tantôt ce sera l'évolution, tantôt les signes propres de la tumeur qui nous induiront en erreur.

Notre premier soin, en présence d'une tuméfaction de la fesse, sera donc de déterminer si on a vraiment affaire à une tumeur musculaire. Son examen, pendant le relâchement et la contraction des muscles, sa mobilité ou immobilité, son changement de consistance, permettra de fixer ce premier point.

Il faudra ensuite éliminer les pseudo-tumeurs. La hernie musculaire ne siège pas au niveau de la fesse; elle serait d'ailleurs facilement reconnue, car la tumeur, visible pendant l'état de relâchement musculaire, disparaît pendant la contraction. La rupture musculaire également rare à ce niveau présenterait une encoche perceptible. Elle serait douloureuse et un traumatisme violent et récent serait noté dans les antécédents avec présence d'un hématome à ce niveau.

Plus délicat sera parfois de trancher le diagnostic entre un kyste hydatique et un abcès froid. Ces deux affections présentent en effet une grande analogie. Cinq fois le diagnostic a été porté. Même marche lente, même indolence. La forme est arrondie,

on perçoit nettement de la fluctuation. Il n'y a pas de signes inflammatoires. La peau est normale. Il faudra procéder à un examen minutieux de l'état général du sujet. Le malade a-t-il maigri? Présente-t-il des signes pulmonaires? On songera à un abcès froid, sans cependant se laisser trop influencer (Voir Obs. V). La recherche des points douloureux du squelette, de la colonne vertébrale, du bassin ne devra pas être négligée. Enfin les abcès ossifluents montreront une réductibilité partielle vers leur source.

Les lipomes seront eux aussi d'un diagnostic différentiel difficile. Comme les kystes, leur marche est lente; ils ne sont pas douloureux et n'ont aucun retentissement sur l'état général. Leur forme est irrégulière; ils sont bosselés et présentent des sillons à leur surface. Ils sont plus dépressibles que les kystes et leur consistance est pâteuse. On ne note pas de fluctuation. Autant de signes qui aideront à éviter l'erreur, mais combien délicat est souvent le problème à résoudre, et l'on peut rappeler à ce sujet cette séance de la Société de chirurgie où un lipome placé sous une serviette fut soumis à tous les chirurgiens présents à la séance. L'impression que recueillirent toutes ces mains chirurgicales expertes fut celle d'un kyste et non d'un lipome. Il faut noter cependant que les lipomes musculaires sont exceptionnels. Ils siègent plutôt dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Les tumeurs syphilitiques siègent par contre fréquemment dans les muscles eux-mêmes. Mais rarement on les trouve dans les muscles fessiers, leur siège est plutôt au niveau du muscle sterno-cléido mastoïdien. Leur début est obscur, leur évolution est lente. Elles sont plus souvent douloureuses que les kystes hydatiques dont l'indolence est un signe important. On constate souvent un empâtement de la région intéressée. Elles donnent enfin la sensation d'une induration ligneuse.

On devra fouiller les antécédents de nos malades, rechercher les traces du chancre primitif et les accidents tertiaires concomitants. La réaction de Wassermann devra être pratiquée. Enfin, de façon à éviter une erreur possible (Voir obs. XII, un kyste hydatique évoluant chez un syphilitique), le traitement

d'épreuve devra être institué. Son influence sur la tumeur tranchera le diagnostic.

Les tumeurs malignes pourront elles aussi prêter à confusion, le sarcome en particulier, car de tous les néoplasmes, il est celui dont la marche est la moins rapide. Souvent, et surtout au début, on aura la même indolence. Mais nous n'aurons plus alors cette tumeur arrondie, bien limitée, où la fluctuation est nettement perçue. On aura la sensation d'une masse irrégulière, à contours diffus, présentant ici une dureté cartilagineuse, là une mollesse assez marquée. La peau, mobile et normale dans les kystes, ne tardera pas à adhérer aux plans profonds, on aura cette « peau d'orange » caractéristique des tumeurs malignes; elle ne tardera pas à rougir et une ulcération apparaîtra bientôt. Enfin, rarement primitives, la recherche et la découverte d'une autre tumeur en un point quelconque de l'organisme en indiqueront la nature.

Les abcès musculaires seront facilement éliminés. Consécutifs à une myosite infectieuse, complication elle-même d'une maladie infectieuse, la fièvre typhoïde en général, les antécédents du malade attireront l'attention. Affection douloureuse, évoluant avec fièvre, phénomènes inflammatoires, contrastent trop avec les signes des kystes hydatiques, pour que l'erreur ne soit rapidement reconnue.

Mais, par contre, il est un diagnostic plus délicat : c'est celui des kystes simples musculaires. Ici, mêmes signes, même évolution. Le diagnostic de kyste est porté, mais quelle en est la nature? Rappelons nous ici la phrase de Nelaton : « Toutes les fois que vous trouverez une tumeur dans le corps des muscles, il y a de grandes probabilités pour que ce soit un kyste hydatique. » Probabilités, c'est vrai, presque certitude même quand on aura trouvé les signes d'un kyste. Mais si rares qu'ils soient, on peut se trouver en présence d'un kyste non hydatique. Pour trancher ce diagnostic, on eut pendant longtemps un seul moyen à sa disposition : la ponction exploratrice. Sept fois dans nos observations elle a été pratiquée. Elle est pour ses défenseurs le procédé le meilleur, car non seulement elle élucide la

nature de la tumeur, mais elle est en même temps un moyen de traitement; et Gosselin, qui s'en est fait le défenseur, en vante les avantages, reconnaissant comme seul inconvénient à cette simple piqûre peu douloureuse de ne pas toujours donner le résultat thérapeutique attendu. C'est déjà une première atteinte à son intérêt, mais nous ne devons nous occuper ici que de sa valeur diagnostique. Le premier reproche que nous pourrions lui adresser est d'être un procédé aveugle. Peut-on toujours se mettre à l'abri de la piqûre d'un vaisseau sanguin et d'une hémorragie que nous ne pourrions soupçonner? Mais si cet accident est rare, il en est d'autres plus fréquents. Nous avons vu que la paroi du kyste était une barrière infranchissable pour les microbes, et tant qu'elle restait intacte, son contenu restait stérile. Une piqûre, si minime soit-elle, ouvre une brèche à l'infection et cette seule complication possible ne doit-elle pas rendre plus circonspect pour une intervention jugée inoffensive? Là ne s'arrêtent pas, d'ailleurs, les dangers de la ponction. Sans parler des ponctions blanches qui la rendent inutiles (et nous en avons vu plusieurs cas dans nos observations), par cette minime piqûre de la paroi kystique s'écouleront quelques gouttes de liquide qui, s'il est stérile, n'en est pas moins toxique. Et alors nous aurons affaire à une série d'accidents variant de gravité depuis l'urticaire jusqu'à la syncope et le collapsus et même la mort avec accidents épileptiformes.

Devant ces dangers, non pas hypothétiques, mais souvent confirmés, on conçoit que la ponction exploratrice ait rencontré de sérieux adversaires. Et aujourd'hui elle est de plus en plus abandonnée. Devant ces complications, il faut s'en tenir au conseil que nous donne Delbet à la Société de chirurgie de 1901 : s'en abstenir chaque fois que l'on soupçonnera un kyste hydatique.

Mais si nous perdons là un moyen de diagnostic dans les cas difficiles, les résultats de laboratoire nous ont fourni d'autres moyens d'investigation. Ce sera d'abord l'examen de la formule sanguine, la recherche de l'éosinophilie à laquelle restera attaché le nom d'un de nos maîtres de la Faculté de Bordeaux.

C'est en effet M. le professeur Sabrazès qui, le premier, au Congrès de Lille de 1899, a montré la valeur de l'étude de la formule sanguine dans les kystes hydatiques. L'éosinophilie est généralement peu marquée, 4 à 8 p. 100. Elle n'est malheureusement pas pathognomonique. Elle manque dans certains cas et nous gardons le souvenir d'une malade, originaire des Landes, où les kystes hydatiques sont fréquents, présentant une tumeur du foie. L'examen du sang montra une éosinophilie de 6 p. 100 sans que le diagnostic de kyste hydatique fût confirmé avant ni après l'intervention.

Nous pourrions avoir recours encore au précipito-diagnostic étudié particulièrement par Fleig et Lisbonne, Welsch et Chapmann, puis Weinberg. Il suffit de mettre à l'étuve à 37 degrés pendant deux à quatre heures, 1 cc. de liquide de kyste hydatique humain ou ovin en présence de 0 cc. 5 de sérum à examiner. Un tube témoin permettra de reconnaître si un précipité s'est formé.

La déviation du complément, analogue à la réaction de Wassermann pour dépister la syphilis, ne doit pas être négligée. Sabrazès et Eckenstein recommandent de soumettre à la tyn-dallisation le liquide hydatique employé comme antigène. Dans les cas pressés, on utilisera la réaction par le sérum non chauffé qui, pour Servantie, « pour être dite méthode rapide n'est pas moins sûre que la précédente, à condition de s'entourer de toutes les précautions nécessaires dans le choix de l'antigène et dans le dosage préalable du pouvoir hémolytique du sérum employé ».

Enfin, nous devons citer une dernière réaction étudiée par Puntoni, Boidin et Laroche en 1910, puis Casoni en 1912. Nous voulons parler de l'intradermoréaction sur laquelle Ithurrat et Calcagno, au II^e Congrès national de médecine de la République Argentine en 1922, ont particulièrement insisté. Le liquide destiné à la réaction peut être indifféremment le liquide humain ou animal ; le résultat est identique, il semblerait même plus rapide avec l'antigène « animal ». On injecte habituellement 2 à 6/10 de cc. dans le derme en un point quelconque de la peau.

Nous empruntons aux deux auteurs la description de la réaction. « Dans la majorité des cas, quelques minutes après l'injection, on voit se développer autour du point d'inoculation un érythème qui s'étend plus ou moins vite, formant une zone aux confins de laquelle un pointillé de même couleur va contribuer à l'extension de cette plaque qui, généralement, atteint son maximum au bout d'une demi-heure. Au bout de dix à quinze minutes, au point d'inoculation, se forme une plaque ortiée unique, ou plus rarement de petites plaques séparées qui ne tardent pas à se réunir. Cette plaque s'agrandit jusqu'aux dimensions d'une pièce de 2 centimes. Les bords sont réguliers ou taillés à pic plus ou moins irréguliers selon le trajet du liquide dans le derme. Elle surplombe la zone érythémateuse de 2 à 5 millimètres. » Cette réaction a l'avantage d'être complètement inoffensive, elle n'est pas douloureuse.

Si nous avons insisté sur cette dernière réaction, c'est qu'au dire des deux médecins argentins, ce serait la plus fidèle. Elle n'a pour ainsi dire jamais donné d'échecs. Elle est rapide puisque vingt minutes suffisent, et elle peut être considérée comme négative quand, une heure après l'injection, il n'y a pas de réactions locales. Enfin, la suppuration du kyste ou son ouverture ne sont pas un obstacle à une réaction positive.

Il nous semble donc que la ponction exploratrice est avantageusement remplacée, et qu'à l'aide d'un examen attentif et des données fournies par les réactions diverses que nous venons d'étudier, ce diagnostic autrefois délicat, de kystes hydatiques musculaires, sera désormais plus facile.

CHAPITRE V

Évolution et pronostic.

Nous avons vu dans les chapitres précédents la lenteur d'évolution des kystes hydatiques. Il faut des années à l'embryon hexacanthé pour donner lieu, une fois fixé en un point quelconque de l'organisme, à une tumeur d'un volume appréciable. Nous avons vu que sous l'influence d'un traumatisme, sa marche pouvait devenir plus rapide, ce qui explique peut-être l'apparition assez prompte d'un kyste à la suite d'un traumatisme qui aurait révélé une tumeur jusque-là insoupçonnée.

Mais une fois arrivée, pourrions-nous dire, à sa période d'état, quelle sera l'évolution de la tumeur? Nous avons trouvé dans une de nos observations (Obs. IV) un arrêt de développement; puis, un an, deux ans, et même plus longtemps après, sous une influence inconnue, sans cause bien apparente, le kyste reprendra une marche plus rapide, pour aboutir, si le chirurgien n'intervient pas, à une des complications que nous étudierons plus loin. Cet arrêt dans l'évolution, si nous ne l'avons relevé qu'une seule fois, n'en n'est pas moins assez fréquent dans les kystes musculaires pour ne pas le noter; nous avons eu souvent l'occasion de le constater dans les différents travaux que nous avons consultés sur cette question.

Abandonnés à eux-mêmes, les kystes hydatiques peuvent régresser à la suite de la mort des hydatides après un temps variable (Denos). Mais c'est l'exception, et il ne faut pas compter sur ce mode de guérison.

Plus fréquemment, la tumeur continuera à évoluer, et si l'in-

tervention ne vient pas la supprimer, elle ne tardera pas, si elle ne l'a déjà fait, à manifester sa présence par des signes de compression. Ce sera d'abord le nerf sciatique qui, comprimé, donnera d'abord des fourmillements, puis des crampes, enfin les signes d'une sciatique symptomatique. Les vaisseaux sanguins ne seront pas à l'abri. L'œdème du membre inférieur apparaîtra, facilitant ainsi, par sa mauvaise circulation, les complications infectieuses d'un traumatisme ou d'une plaie.

Devenu de plus en plus volumineux, le kyste deviendra plus facilement sujet à la rupture qui, si elle se fait à la peau, sera évidemment un moyen de traitement, mais combien précaire, et qui, se produisant à l'intérieur des tissus, deviendra l'origine d'ensemencements multiples et nous mettra bientôt en présence d'une échinococcose secondaire, sans compter les complications toxiques qui pourront survenir.

Enfin, la suppuration pourra se produire, se manifestant par de la douleur et de la température, et assombrissant un pronostic jusqu'alors peu sévère.

Car les kystes hydatiques musculaires sont d'un pronostic bénin. Sur nos 19 observations, nous avons eu 18 guérisons, survenues plus ou moins rapidement suivant le traitement employé. La récurrence a eu lieu deux fois (Obs. III et IX). Mais si nous étudions ces cas, nous voyons que pour l'observation III on avait eu recours à une simple ponction suivie d'une injection iodée, intervention reconnue aujourd'hui insuffisante, et pour l'observation IX, lors de la première intervention, l'énucléation du kyste avait été refusée.

Grâce aux interventions actuellement préconisées contre les kystes hydatiques musculaires, on est à l'abri de pareilles récurrences et le pronostic reste donc bénin. Ils ne donnent pour ainsi dire aucune mortalité.

Il n'en est pas tout à fait de même pour les kystes multiloculaires. Leur marche envahissante, à l'instar des tumeurs malignes, l'englobement des vaisseaux sanguins dans la tumeur, exposent aux généralisations par embolie et peuvent donner naissance à des tumeurs de même nature, dont la localisation rendra parfois l'intervention, sinon impossible, du moins bien délicate.

CHAPITRE VI

Traitement.

Nous ne citerons que pour mémoire le traitement médical des kystes hydatiques. L'iodure de potassium (Hawkins), le chlorure de sodium (Laennec), la teinture de kamala (Hjeltelin) n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique.

L'acupuncture et l'électropuncture furent également employés, mais le véritable traitement des kystes hydatiques est le traitement chirurgical.

La ponction, préconisée comme moyen de diagnostic, eut, elle aussi, sa vogue thérapeutique, soit ponction évacuatrice simple (pratiquée pour la première fois par Jobert, de Lamballe), soit ponction suivie d'injections modificatrices et parasitocides variées. L'iode (Boinet), l'alcool, la bile (Voisin, 1857), la liqueur de Van Swieten (Bacelli), le sulfate de cuivre (Debove), l'éther iodoformé (Bertèle) furent tour à tour employés. Mais nous avons suffisamment insisté sur les dangers d'un pareil procédé pour ne pas y revenir ici sous peine de tomber dans des redites inutiles. Elle est d'ailleurs à peu près complètement abandonnée aujourd'hui, et ne peut rendre quelques services que comme premier temps d'une opération chirurgicale plus importante et immédiate. Le grave inconvénient de ces divers procédés, était, comme le dit Devé, « d'abandonner le cadavre parasitaire à l'intérieur des tissus ».

On doit donc intervenir d'une façon plus large et plus complète. Ce fut d'abord l'ouverture et l'évacuation des membranes parasitaires, ensuite la marsupialisation du sac à la peau. Long-

temps ce fut, pour les kystes hydatiques, surtout au foie, le procédé d'élection, et Vegas et Cranwell, en 1901, s'en sont fait d'ardents défenseurs. Sur 245 cas traités par marsupialisation, ils comptent 234 guérisons, 1 résultat douteux et 10 morts, soit 4,08 p. 100. Malheureusement, malgré ces brillants résultats, cette méthode thérapeutique comporte comme grave inconvénient la lenteur de la cicatrisation. La poche marsupialisée devient le siège de suppuration assez abondante et longtemps persistante ayant pour conséquence des fistules gênantes. Ce sera donc un pis-aller, une méthode d'exception réservée seulement aux kystes inextirpables.

La suture sans drainage du professeur Delbet a été appliquée aux kystes de la fesse (Obs. VI). Donnant des résultats brillants et rapides dans les kystes du foie, il semble cependant, d'après la statistique de Vegas et Cranwell, que sa mortalité soit assez sérieuse, 5,5 p. 100. Dans les kystes de la fesse, nous aurons recours à une méthode plus complète et plus radicale : l'extirpation du kyste.

Opération d'exception pour les kystes du foie, en raison des adhérences intimes entre le kyste adventif et le tissu hépatique, c'est pour les kystes musculaires et ceux de la fesse en particulier le procédé d'élection. L'extirpation offre l'avantage de présenter une cicatrisation plus rapide que la marsupialisation ; elle se différencie des autres interventions en ce que, au lieu de s'adresser seulement à la vésicule mère, elle s'étend aussi à toute la coque conjonctive qui l'entoure ; c'est un procédé radical ne laissant rien au milieu des tissus du processus pathologique.

Pour les kystes superficiels, l'intervention sera simple. Une fois incisés les tissus superficiels, on mettra à jour la tumeur hydatique, facilement reconnaissable au milieu des fibres musculaires. On pratiquera une injection parasiticide (formolage avec solution à 2 p. 100) pour mettre l'opéré à l'abri de toute complication toxique. Pozzi avait utilisé l'injection de blanc de baleine qui nous mettait en présence d'une tumeur solide plus facile à disséquer. Pour les kystes de petit volume, on pourra

tenter l'extirpation sans les ouvrir. Ce serait évidemment la méthode la plus sûre. Mais pour les kystes volumineux, comme nous les avons trouvés dans la plupart de nos observations, le formolage sera suivi de l'évacuation du contenu. On pratiquera alors l'extirpation totale « et, nous dit Ombredanne, sans se préoccuper de l'espace mort ainsi créé, on refermera. ».

Pour les kystes profondément situés, l'intervention sera plus délicate. Pour pratiquer l'extirpation, il faudra avoir un jour large sur la tumeur; des sections musculaires partielles seront parfois nécessaires et dans quelques cas de kyste à diverticulum, comme dans une de nos observations (Obs. VIII), on peut éprouver quelques difficultés à faire une extirpation complète; on sera parfois obligé de laisser une partie du kyste adventif à l'intérieur des tissus, ce qui, d'ailleurs, n'est pas un obstacle à la guérison. Pour la malade de l'observation VIII, l'extirpation totale fut pratiquée y compris le diverticulum qui s'enfonçait dans la direction du grand trochanter. La guérison fut obtenue en seize jours. La présence de l'artère fessière est un danger qu'il faudra éviter. Branche de l'iliaque interne, arrivée à la région fessière, elle se divise après un court trajet en une branche superficielle (entre le moyen et le grand fessier) et une profonde (entre le moyen et le petit fessier). Les artères ischiatique et honteuse interne situées plus bas et plus profondément devront être également repérées avec soin lors de l'intervention. Les artères de la région fessière, en effet, offrent un calibre relativement considérable et leur section donne lieu à une hémorragie abondante et qu'il n'est pas toujours commode d'arrêter. Il faudra donc se mettre soigneusement à l'abri de cet accident pour les kystes profonds.

Nous nous sommes occupé jusqu'à présent du kyste hydatique banal. Quelle sera la conduite à tenir en présence d'un kyste suppuré? Là aussi, le traitement de choix sera l'extirpation totale, mais on interviendra en deux temps. Lors de la première opération, on pratiquera la marsupialisation de la poche, et lorsque la suppuration aura cessé, à froid, on interviendra pour extirper le kyste.

L'extirpation est donc le procédé que l'on emploiera pour les kystes hydatiques de la fesse, en un temps ou en deux suivant que leur contenu sera stérile ou purulent. La marsupialisation sera réservée aux kystes inextirpables, comme, par exemple, celui de notre observation II où « la zone périkyistique sclérosée et indurée s'étendait trop profondément pour pouvoir en pratiquer l'ablation complète ». Mais rappelons-nous que cette intervention n'est qu'un pis-aller.

Il ne faudra pas oublier enfin le traitement prophylactique. Prévenir est souvent plus facile que guérir. Se mettre à l'abri de l'infection, en évitant la trop grande promiscuité des chiens, suivre les conseils de l'hygiène dans l'alimentation, s'abstenir de fruits et de légumes mal lavés ou insuffisamment cuits, sera le meilleur moyen d'empêcher les œufs de *tœnia* de pénétrer dans notre organisme. Au point de vue prophylactique général, une surveillance plus sévère devrait être instituée dans les abattoirs; les viscères d'animaux atteints d'échinococcose devraient être mis hors d'atteinte des chiens qui, trop nombreux, circulent dans ces bâtiments; enfin, la notion étiologique des kystes hydatiques devrait être plus répandue dans le public qui comprendrait mieux ainsi les mesures qui lui sont recommandées.

OBSERVATION I (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur J. GUYOT.

M^{me} X..., 58 ans, habitant A..., sur le bassin d'Arcachon, me fait appeler pour des douleurs de sciatique gauche rebelle.

Il s'agit d'une femme alitée depuis plusieurs mois ayant maigri considérablement.

Rien à noter dans ses antécédents personnels.

Mariée et mère de trois enfants vivants.

S'est toujours bien portée. Ménopause à 48 ans sans incidents.

L'histoire de la maladie remontait à quatre ou cinq ans. Le début avait été insidieux, et s'est caractérisé par des phénomènes douloureux du côté de la cuisse gauche, survenant le soir après le travail.

Au bout de quelques mois, la malade constatait dans la région fessière correspondante l'existence d'une tuméfaction d'abord limitée qui s'étendait peu à peu, déformant ensuite complètement la région.

Au moment où nous examinons cette femme, nous constatons l'énorme volume de la région fessière qui est bosselée, irrégulière, avec de grosses veines superficielles.

Au palper, l'ensemble de la tumeur fessière est dure, non douloureuse, mais très irrégulière, très bosselée, remplissant toute la fosse iliaque externe. Pas de fluctuation appréciable. Le membre correspondant est impotent, avec œdème des malléoles et douleur aux points de Walleix. L'amaigrissement, la cachexie, la tumeur fessière, tout faisait penser à un sarcome arrivé à la période d'inopérabilité absolue. L'aspect irrégulier de la tumeur, la netteté des bosselures, la longue évolution nous décidèrent à pratiquer une biopsie. Celle-ci nous conduisit sur de multiples petits kystes hydatiques à contenu « eau de roche » caractéristique.

Dans ces conditions, malgré l'état général peu encourageant de cette femme, l'opération est décidée et acceptée.

Sous anesthésie à l'Ombredanne, la fesse est incisée transversalement; on tombe sur une multitude de kystes de volume variable accolés les uns aux autres et ayant complètement détruit, comme une tumeur maligne, les muscles de la région. On extirpe en masse. Écoulement sanguin assez abondant. Formolage de la plaie et fermeture partielle sans drain.

Malgré les injections de sérum et les tonicardiaques, cette femme mourut de shock dans les premières quarante-huit heures.

Il s'agissait d'une échinococcose diffuse de la région fessière à marche envahissante ayant simulé longtemps une tumeur maligne sarcomateuse. Seule la biopsie permit de faire tardivement le diagnostic de l'affection.

OBSERVATION II

Dr PÉRAIRÉ, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1895.

Kyste hydatique de la fesse droite.

M... (Marguerite), 77 ans, se présente, le 7 mai 1895, à la consultation de l'Hôpital Bichat comme atteinte d'un abcès par congestion à la fesse droite.

A l'examen, on constate, entre l'épine iliaque supérieure et postérieure et la tubérosité de l'ischion, une tumeur arrondie, régulière, sans bosselure, du volume de deux poings d'adulte. Elle est tendue, rénitente à sa base, sensiblement fluctuante au sommet. Pas de frémissement ni de crépitation amidonnée. Indolence et irréductibilité absolue.

La peau qui la protège est marbrée de plaques rougeâtres. Pas d'œdème des tissus.

La malade ne peut rien préciser sur le début de l'affection. Tout ce qu'on peut apprendre, c'est qu'il y a un mois, elle s'est aperçue qu'elle était gênée pour s'asseoir à cause de sa fesse droite qui lui semblait plus lourde, plus pesante que la gauche. En même temps, elle y ressentait quelques douleurs vagues.

Depuis huit jours, ces douleurs se sont accrues surtout par la marche et elle a noté quelques élancements. La gêne qu'elle ressent actuellement consiste surtout dans une difficulté assez marquée dans les mouvements de la marche et pour s'asseoir.

Malgré son âge, M^{me} M... jouit d'une excellente santé. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Elle n'a jamais souffert ni de la colonne vertébrale ni du bassin. Pas de points douloureux dans ces régions ni au niveau de l'articulation sacro-iliaque ni du grand trochanter.

Pas de promiscuité avec les chiens.

Jamais d'urticaire, jamais de traumatisme de cette région.

On fait une incision de 6 centimètres parallèle à la direction des fibres du muscle fessier. Il en sort une grande quantité de liquide opalescent très fluide. Curettage soigné qui ramène des séries de membranes d'un blanc jaunâtre.

Les fibres musculaires du fessier adhèrent à la paroi adventice du kyste et s'insèrent en quelque sorte sur lui.

La zone péri-kystique sclérosée et indurée s'étend trop profondément pour pouvoir en pratiquer l'ablation complète.

Tamponnement au chlorure de zinc à 1/10. Drainage. Suture.

Le drain est enlevé au bout de deux jours.

Dix jours après l'opération, la malade peut être considérée comme entièrement guérie.

OBSERVATION III (résumée).

ABEILLE, *Gazette médicale de Paris*, 1872.

A l'âge de 13 à 15 ans, M^{lle} X... a ressenti des douleurs assez vives à la région sciatique. Elle fut soignée pendant deux ans pour une sciatique. Les douleurs ne furent jamais très vives et n'empêchèrent jamais cette jeune fille de marcher. Ce fut deux ans après seulement qu'on s'aperçut que la région fessière droite était déformée et présentait une saillie oblongue s'étendant jusqu'à la partie supérieure de la face fémorale externe. A ce moment, la marche devint pénible et parfois la jeune malade éprouvait de la fièvre et quelques sueurs nocturnes.

De prime abord, au narré des antécédents, à la forme de la tumeur, à la fluctuation profonde bien perçue au tiers supérieur de la région crurale externe, on crut pouvoir diagnostiquer un abcès par congestion, d'autant que la fièvre devenait plus fréquente et que la malade maigrissait. Cependant à un examen attentif, on ne put constater aucun point douloureux de la colonne vertébrale, aucune saillie anormale des apophyses épineuses. L'articulation coxo-fémorale était tout à fait normale. Le diagnostic porté fut celui d'abcès par congestion, suite de quelque nécrose superficielle sur un point de la colonne vertébrale droite, diagnostic confirmé par Velpeau.

Une ponction pratiquée donne issue à 500 grammes de liquide séreux citrin et à une quantité considérable d'échinocoques. Injection iodée aux 3/5.

Guérison au bout de trois semaines.

Mais trois ans après, à la place même où la ponction a été pratiquée, apparaît une légère proéminence des téguments. On sent, à la palpation, qu'il s'est de nouveau formé une collection très profonde. Mais comme il n'y a ni gêne pour la marche, ni douleur, comme la santé reste florissante, on remet à une époque indéterminée l'opération qui devra être pratiquée.

Deux ans après, l'intervention a lieu, le 15 novembre 1871, une escarre formée par applications successives de pâte de Vienne, on met à jour le kyste que l'on incise. Il s'en échappe un flot de liquide séreux, limpide et une certaine quantité de vésicules hyalines de diverses grosseurs. On curette la cavité et on enlève par lambeaux la paroi kystique de l'hydatide mère qui était en contact avec le fémur dont le périoste est intact. Injection et lavage à l'eau tiède, puis de teinture d'iode au 1/3, puis la cavité est comblée par des compresses.

Suppuration, température et frissons huit jours après l'opération.

Quinze jours après, la plaie donne issue à un lambeau de paroi kystique. La fièvre tombe, la suppuration diminue, puis disparaît un mois après l'opération.

Le 18 février 1872, la cicatrisation est complète et elle est faite de telle façon qu'on peut croire la guérison solide. La cicatrice est en entonnoir avec dépression centrale et adhérente.

Huit mois après, il n'y a pas l'apparence de la moindre tuméfaction. On est, par conséquent, en droit d'espérer une cure définitive et radicale.

OBSERVATION IV

In thèse BRASSART.

Kyste des muscles fessiers droits.

G... (Elvire), mariée, âgée de 21 ans, ménagère, entre, le 13 mars 1877, à l'Hôpital de la Charité.

Issue de parents bien portants, elle a joui d'une bonne santé pendant son enfance. Pas d'antécédents, ni scrofuleux, ni syphilitiques.

Il y a deux ans et demi environ, elle s'aperçut par hasard de la présence d'une tumeur offrant le volume d'un œuf de poule, située à la fesse droite. Jamais elle n'avait ressenti de douleurs dans cette

région; elle n'en éprouvait d'ailleurs aucune gêne ni pour marcher, ni pour s'asseoir. Pendant deux ans, cette tumeur resta presque stationnaire, mais il y a huit mois, elle prit un accroissement rapide et cela toujours sans produire de douleurs et sans empêcher la malade de vaquer à ses occupations. Ponctionnée il y a six mois par son médecin, rien ne sortit.

Trois mois après son entrée à l'hôpital, elle commença à se sentir incommodée par le volume de la tumeur. A partir de cette époque, elle éprouva des tiraillements dans la jambe, des fourmillements et des crampes, surtout quand elle était au lit. Pas d'incommodités pour s'asseoir.

État actuel. — C'est une femme de constitution vigoureuse; elle est un peu pâle, mais nullement amaigrie; on constate, à la partie moyenne de la région fessière, une tumeur globuleuse, allongée verticalement, mesurant de 12 à 15 centimètres de haut en bas et de 10 à 12 transversalement. Elle est située presque en entier au-dessus d'une ligne transversale, passant par les deux trochanters dans l'état de flexion de la cuisse. Sans contours bien nets; elle se continue insensiblement avec les parties voisines et n'est pas lobée.

La peau qui la recouvre est absolument intacte. Pas de rougeur,

La main, appliquée sur la tuméfaction, éprouve une sensation de tension, de rénitence et de fluctuation évidente. De plus, on peut lui imprimer des mouvements sur les parties profondes. La jambe est absolument saine.

Le diagnostic est en suspens. Est-ce un sarcome? Est-ce un lipome? M. Gosselin observe que la tumeur s'est développée relativement vite pour une production de cette nature. La question de kyste hydatique est posée.

Le 15 mars, on pratique une ponction exploratrice à l'aide d'un trocart de fort calibre; rien ne sort. L'instrument est mû en tout sens et rencontre une légère résistance. Au moment où on le retire, l'air rentrant brusquement, amène dans la bouteille destinée à recevoir le liquide, une pellicule blanchâtre qui va se coller à la paroi.

Une deuxième piqûre faite un peu plus bas donne issue à une cuillerée à bouche environ d'un liquide grisâtre, opaque, d'aspect

purulent, renfermant plusieurs fractions de membranes semblables à la première. On a vainement cherché dans le liquide les échinocoques et les crochets caractéristiques; on y trouve en suspension une grande quantité de leucocytes et de globules graisseux.

L'ouverture du kyste donne issue à un nombre considérable de vésicules hydatiques de toutes grandeurs.

OBSERVATION V

Soulié, Société anatomique de Paris, 1905.

Kyste hydatique alvéolaire des muscles de la fesse droite.

G... (Isabelle), 17 ans, s'est aperçue depuis quelque temps de la formation d'une grosseur dans la partie supéro-interne de la fesse droite, grosseur à peu près indolente d'ailleurs, et sans réaction inflammatoire. Comme elle est tombée assez rudement sur son séant il y a quelques mois, elle a attribué au traumatisme l'affection dont elle est atteinte et ne s'en est préoccupée qu'à la longue, à cause de sa durée persistante et de la lente, mais progressive augmentation de la tumeur.

A l'examen, le 23 janvier 1905, on constate la présence d'une poche de la grosseur d'un œuf de dinde profondément située en dehors et au-dessous de la symphyse sacro-iliaque; de la fluctuation est perçue au point culminant, tandis que la périphérie est plutôt dure.

La malade étant issue de parents de constitution faible et étant elle-même fortement entachée de lymphatisme, on diagnostique un abcès froid développé à la faveur d'un traumatisme.

Une ponction pratiquée donne issue à une faible quantité de pus. L'induration périphérique est prise pour la paroi du tuberculome supposé. Injection de vaseline iodoformée.

Le 9 février, nouvelle ponction. Liquide plus clair et plus abondant. On sent à la partie supéro-interne une masse cartilagineuse prise pour un séquestre. On incise pour l'extraire. Une douzaine de petits kystes de grosseur variant entre le volume d'un noyau de cerise et celui d'un pruneau, s'échappent par l'incision.

Nettoyage et cautérisation de la poche au chlorure de zinc à 1/40.
Drainage pendant vingt-quatre heures, puis pansement à plat.

La guérison est obtenue en une quinzaine de jours.

L'examen histologique a confirmé le diagnostic de kyste hydatique à forme alvéolaire.

Notion étiologique : Petit chien très familier.

OBSERVATION VI

André CLAISSE et DARTIGUES, *in* Société anatomique de Paris, 1899.

Kyste hydatique du muscle grand fessier gauche.

Il s'agit d'une malade de 33 ans opérée par M. Segond. Elle souffrait de douleurs peu vives du côté de la fesse gauche depuis trois ans environ, mais elle ne s'aperçut de la présence d'une grosseur à ce même niveau qu'il y a dix-huit mois.

Depuis lors, les douleurs augmentent, et la tumeur prenant un accroissement considérable, elle se décide à l'opération.

Au moment où elle se fait opérer, la tumeur se présente faisant une saillie appréciable sur la fesse gauche, mais principalement logée dans la fosse iliaque externe correspondante. La peau est normale, il n'y a aucun phénomène inflammatoire local, la tumeur est presque immobile et très nettement fluctuante.

Cette tumeur est intéressante, en ce sens que le diagnostic clinique, quoique hésitant, a pourtant été exact et corroboré par l'intervention.

On pouvait penser à un abcès ossifluent d'origine iliaque, mais la malade était d'une excellente santé et ne présentait aucun signe pulmonaire.

On pouvait croire encore à un lipome, mais il n'y avait pas de lobulation appréciable.

Dans notre cas, M. Segond pencha en faveur d'un kyste hydatique inclus dans les masses musculaires de la fesse, bien que la contraction des fessiers ne parût pas immobiliser davantage ni durcir cette tumeur.

Le liquide qui fut évacué à l'incision était absolument limpide, « eau de roche ». La membrane hydatique feuilletée fut extraite sans difficulté ; sa cavité ne présentait aucune vésicule fille. La membrane périkystique fut d'une ablation et d'une décortication des muscles voisins des plus laborieuses. Des fibres musculaires du grand fessier lui étaient adhérentes.

M. Segond ne perdit pas son temps au capitonnage de l'excavation intramusculaire laissée par l'extraction du kyste et fit une réunion en masse des faisceaux musculaires et de la peau aux fils d'argent passés profondément. Pas de drainage.

Au point de vue étiologique, la malade dit avoir vécu longtemps en compagnie de chats et de chiens qu'elle affectionnait tout particulièrement.

OBSERVATION VII

In thèse AUDIAT.

Kyste hydatique de la fesse.

M^{me} X..., âgée de 30 ans, à la suite d'une discussion avec son mari, a reçu un violent coup de pied dans le derrière. Quelques mois après, apparition d'une tumeur dans la région fessière. Incision. Sortie d'une grande quantité d'un liquide blanchâtre, purulent, renfermant un grand nombre d'hydatides.

OBSERVATION VIII

In thèse MARGUET.

Kyste hydatique de la fesse droite.

T... (Emma), âgée de 37 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 30 mars 1886.
Antécédents héréditaires. — Nuls.

Pas d'antécédents personnels.

Elle avait été adressée au professeur Richet comme atteinte à la fesse d'un abcès par congestion, diagnostic d'abord partagé, mais sur lequel, à la suite d'un examen plus complet, on crut devoir faire des réserves.

Le début de l'affection ne peut être précisé, et ce fut par hasard qu'on découvrit dans la fesse droite une tuméfaction qui avait jusqu'alors échappé à l'attention de la malade. Jamais celle-ci n'avait d'ailleurs souffert ni de la colonne vertébrale, ni du bassin et une exploration minutieuse ne décelait aucun point douloureux de ces parties du squelette.

État actuel. — A l'examen, la fesse droite est plus saillante, plus rebondie que la fesse gauche. La fosse rétro-trochantérienne droite a disparu, tandis que celle de gauche s'accuse par une dépression nettement accusée; de plus, à droite, le pli fessier est refoulé en bas et plus arrondi que son symétrique du côté opposé. La peau est normale, souple et mobile. Pas de frémissement spécial.

En explorant profondément, on sent une tumeur uniformément lisse, assez nettement arrondie dans les parties saillantes, mais dont les limites à la périphérie semblent se confondre et se perdre avec les parties molles. On la déplace facilement avec les muscles fessiers relâchés. Son volume paraît être celui d'un poing d'adulte. Elle est plutôt dure que molle, mais sa dureté est beaucoup plus accentuée que celle observée d'habitude dans les collections liquides. Il est impossible de percevoir la moindre fluctuation. Enfin, à l'indolence elle joint une irréductibilité absolue.

Dans l'extension de la cuisse sur le bassin avec légère abduction, la tumeur s'arrondit et paraît plus saillante. Sa fermeté, sa résistance augmentent; enfin, il est devenu impossible de lui imprimer le plus léger mouvement de latéralité.

Le diagnostic étant hésitant, on pratique une ponction exploratrice qui donne issue à un liquide d'une clarté et d'une limpidité d'eau de roche. L'analyse microscopique y décèle la présence d'échinocoques et de nombreux crochets.

L'opération a eu lieu le 6 avril. Incision et extirpation totale de la poche qui présentait de nombreuses et solides adhérences aux fibres musculaires voisines. Le kyste offrait dans sa partie inféro-externe une sorte de diverticulum s'enfonçant dans la direction du grand trochanter.

La malade sort guérie le 23 avril 1886.

Notion étiologique : Présence d'un petit chien présentant un léger degré de prolapsus du rectum.

OBSERVATION IX

In thèse Marguet, 1888.

Kyste hydatique de la fesse droite.

En mars 1873, M^{me} D..., âgée de 37 ans, ressentit une douleur intermittente, modérée vers le milieu de la fesse droite. En arrière du grand trochanter, sur le trajet du nerf sciatique, on constate une tumeur nettement circonscrite, arrondie, de la grosseur d'une noix, et placée profondément dans l'épaisseur des muscles de cette région. Le diagnostic de la nature de la tumeur reste en suspens.

Quatre mois plus tard, une ponction est pratiquée suivie d'une injection iodée, sans modification sensible de la tumeur.

Au début d'août, les douleurs deviennent plus aiguës et plus persistantes. La malade dut garder la chambre.

A l'examen, on trouvait une tumeur arrondie, du volume d'une grosse orange, dont la base pénétrait profondément dans l'épaisseur des muscles fessiers; elle était rénitente, mais on y sentait une fluctuation manifeste. Quelques gouttes de liquide séro-purulent sortaient par la piqûre faite par le trocart. Autour, la peau était chaude, rouge, et le tissu cellulaire ambiant participait modérément à l'inflammation. La tumeur était douloureuse au toucher.

On incise largement la tumeur. Il en sort un liquide séro-purulent contenant de 50 à 60 hydatides mortes et ouvertes de diverses grosseurs. Tamponnement. On fit les jours suivants plusieurs injections de teinture d'iode mitigée, puis de liqueur de Villate. La plaie se cicatrise rapidement. L'énucléation du kyste emprisonné au milieu des tissus est refusée par la malade.

Six ans après, la malade éprouve de nouvelles douleurs, et on constate une grosseur à la place occupée autrefois par le kyste. Un phlegmon intense se déclara dans le tissu cellulaire. Large incision, suivie d'injections détersives. Quelques jours après, on put facilement extirper par la plaie le kyste adventif tout entier.

Notion étiologique : Chenil placé près d'un potager.

OBSERVATION X

In thèse MARGUET.

Kyste hydatique des muscles fessiers.

Le lieutenant X... rentre, en août 1861, à l'Hôpital de la garnison n° 1, à Vienne. Il s'était aperçu, par hasard, d'une tumeur de la grosseur du poing, placée au milieu de la fesse. Elle est indolente, molle, élastique, sensiblement fluctuante. Pas de frémissement.

Une ponction donne issue à un liquide transparent, sans odeur, à saveur saline. La tumeur n'ayant pas été influencée par cette intervention, on pratique une incision de 3 pouces. On évacue la tumeur par une ponction faite entre le grand et le moyen fessier. Elle était située assez profondément et on produit la suppuration au moyen d'un corps étranger. Au bout de huit jours, on extrait la poche du kyste qui se présente à l'orifice de la peau.

Guérison au bout de quatre semaines.

Notion étiologique : Le lieutenant X... était grand amateur de jambon.

OBSERVATION XI

In thèse MARGUET.

Kyste hydatique des muscles fessiers gauche.

T... (G.), 22 ans, domestique, reçut, il y a un an, un coup très fort sur la fesse gauche. La nuit suivante, il éprouva de violentes douleurs à cet endroit. Depuis lors, la fesse a continué à être sensible, mais on ne découvre aucune tumeur à ce moment.

Un an après, une tuméfaction à développement rapide se manifeste au niveau de la fesse gauche.

On se trouve actuellement en présence d'une tumeur volumineuse s'étendant un peu en bas, sur le côté externe de la cuisse. La peau est normale, sans œdème. Percussion à matité ligneuse. Un peu de fluctuation. Pas de frémissement.

On incise le kyste. Il en sort une assez grande quantité de liquide purulent, renfermant quelques vésicules rompues.

Les jours suivants, issue régulière de pus, renfermant un peu de sérosité claire et quelques vésicules rompues.

Peut se lever après quatre mois de séjour au lit. La plaie est guérie quatre mois et demi après l'incision.

OBSERVATION XII

PÉAN, *Leçons de clinique chirurgicale*, t. II.

Kyste hydatique suppuré de la fesse droite.

V... (Laurent), 35 ans, corroyeur, entre, le 21 octobre 1876, pour une tumeur de la fesse droite. Sujet vigoureux, fortement musclé. Syphilis il y a dix ans (plaques muqueuses à la bouche ; à l'anus, plaque d'ecthyma ayant laissé sur les membres des cicatrices apparentes). En 1873, une voiture le renversa et lui passa sur le côté externe de la cuisse gauche. Un phlegmon suivit amenant un large décollement des téguments.

... Il y a quelques mois, il s'aperçut que la fesse droite devenait, sans cause connue, plus volumineuse que la gauche et qu'elle était le siège d'une tumeur de la grosseur d'une pomme. Cette tumeur ne le faisait souffrir ni pendant la marche, ni dans la position assise, mais elle a toujours été en augmentant.

Ce n'est qu'en examinant attentivement les deux fesses que l'on se rend compte de l'augmentation de volume qui porte sur la droite. Les téguments ne présentent pas de coloration, ni de vascularisation anormales. Au toucher, la tumeur est profonde, lisse, régulière, arrondie, irréductible. Tout d'abord elle paraît dure, rénitente à cause de l'épaisseur des tissus qui la recouvrent ; mais en examinant avec soin, on trouve de la fluctuation. Pas de douleurs à la pression, pas d'engorgement des ganglions.

La fluctuation, manifeste malgré la profondeur de la tumeur, montre qu'il s'agit d'une collection liquide, bien limitée ; or, il n'est pas possible de songer ni à un anévrysme, ni à un kyste sanguin, ni à un abcès froid idiopathique ; la tumeur n'est point animée de battements, elle est irréductible ; de plus, elle s'est développée spontanément dans un point où il n'y avait auparavant aucune tuméfac-

tion. L'état général est bon; il n'y a ni fièvre, ni œdème de voisinage. Toutes les probabilités sont en faveur d'un kyste séreux ou hématique. La ponction peut seule donner le dernier mot de la question.

Elle est pratiquée le 24 octobre, avec un gros trocart à la partie la plus déclive de la tumeur et donne issue à 300 grammes d'un liquide séro-purulent mélangé d'hydatides. Nous poussons ensuite le trocart et nous faisons une contre-ponction dans le but de passer un tube, pour assurer au pus un libre écoulement et faciliter les injections émollientes d'abord, iodées ensuite. Les jours suivants, pas de réaction locale ni générale. Le malade sort guéri, vingt jours après l'opération.

OBSERVATION XIII (résumée).

Semaine médicale, 1899; *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, XLVIII.

Kystes hydatiques musculaires multiples.

M. X..., âgé de 61 ans, entre à la clinique de Griefswald pour une tumeur se développant depuis cinq ans au niveau de la région fessière gauche.

Aucun antécédent, sauf, il y a vingt-huit ans, un violent effort musculaire.

On constate à l'examen une tumeur du volume d'une tête d'adulte, bosselée, fluctuante, au niveau de la fesse gauche, et une autre tumeur au niveau du triangle de Scarpa. Le diagnostic de kyste hydatique fut posé.

A l'intervention, on constata trois kystes volumineux, dont un purulent et de nombreuses vésicules hydatiques dans le tissu conjonctif, intramusculaire.

Quelques semaines après, tuméfaction de la cuisse et extirpation de nombreuses vésicules hydatiques situées dans le voisinage des vaisseaux cruraux et du nerf sciatique.

Guérison.

OBSERVATION XIV (résumée).

Gazz. med. italiana, Milano, 1883, t. V, n° 26.

Kyste hydatique du muscle grand fessier gauche.

B... (Sofia), âgée de 20 ans, entre en juin 1880 à l'Hôpital de Venise, présentant à la fesse gauche une tumeur dont elle s'est aperçue accidentellement depuis peu.

On constate dans la région ischiatique gauche, une tumeur du volume d'une tête de fœtus, indolente à la pression, immobile et fluctuante. Pas de frémissement hydatique. La peau est normale. Le diagnostic reste indécis.

Une ponction exploratrice est pratiquée. Elle donne issue à un liquide contenant de nombreux crochets d'échinocoques.

Quelques jours après, incision de la tumeur qui met à jour un vaste kyste hydatique. Suture. Drainage.

Trois mois après, la malade sort guérie.

OBSERVATION XV (résumée).

NEISSER, *Die Echinococccen Krankheit.*, in-8°, Berlin, 1877, p. 201.

Kyste hydatique sous les muscles grand et moyen fessier droit.

B... (Amélie), 56 ans, présente depuis douze ans, à la fesse droite, une tumeur se développant sans douleur, mais d'une façon continue. Depuis une quinzaine de jours, elle éprouve quelques difficultés pour s'asseoir et marcher. État général excellent.

On constate à droite, dans la région limitant inférieurement le grand fessier, entre l'épine de la tubérosité de l'ischion, une tumeur de la grosseur de la tête, recouverte d'une peau un peu rouge, mais mobile. La tumeur est tendue, fluctuante; on y perçoit le frémissement hydatique. Une ponction donna issue à environ 200 cc. d'un liquide clair comme l'eau, contenant des débris de membranes caractéristiques.

La ponction fut aussitôt suivie de l'incision et de l'ablation de la poche qui s'étendait jusqu'à la grande échancrure sciatique. L'abla-

tion faite, on constata une seconde poche contenant un grand nombre de vésicules variant de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette. Cette poche, située entre le rectum et le vagin, fut également incisée. Lavage de la plaie. Suture. Drainage.

Le vingt-quatrième jour la malade est renvoyée, la plaie, profonde de 4 à 5 centimètres, garnie d'une mèche enduite de pommade au nitrate d'argent.

OBSERVATION XVI

In thèse MARGUET.

Kyste hydatique sous le grand fessier.

P... (Caroline), journalière, 34 ans. Kyste hydatique sous le muscle grand fessier. Le 8 mars 1873, la poche fut mise à découvert, largement ouverte et drainée. La guérison se fit rapidement sans accident. L'année suivante pas de récurrence.

OBSERVATION XVII

In thèse MARGUET.

Kyste hydatique de la région fessière.

Un homme de 54 ans, cultivateur à Martel, présente au niveau de la fesse une tumeur du volume d'une tête d'adulte. Elle fut d'abord prise pour un lipome. La peau qui la recouvre est normale, libre sur la tumeur qui est pseudo-fluctuante. Pensant qu'il pouvait s'agir d'une tumeur kystique, on pratique une ponction, on extrait 2 litres de liquide absolument limpide et transparent. Drain. Suppuration abondante. Un mois après, l'accolement de la paroi kystique était presque complet.

Guérison au bout de six mois.

Les caractères anatomiques de la poche ne laissaient aucun doute sur la nature du kyste; c'était bien un kyste hydatique.

OBSERVATION XVIII

In thèse MARGUET.

Kyste hydatique de la fesse droite.

On observe le 27 décembre 1858, chez un berger, une tumeur très molle et fortement fluctuante, recouverte par une peau intacte, siégeant dans la fesse droite. Elle était survenue à la suite d'une chute sur les fesses arrivée un an auparavant. La tumeur était grosse comme une bille à jouer aux quilles. Ponction exploratrice qui donne issue à un liquide clair comme de l'eau. Le 8 janvier 1859, incision. Issue d'un liquide transparent avec une quantité considérable de vésicules de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'une chevrotine. La plaie se rétrécit rapidement. Le malade fut bientôt renvoyé guéri.

OBSERVATION XIX

In thèse MARGUET.

Kyste hydatique de la fesse droite.

Il s'agit d'une femme de 28 ans qui, quinze ans auparavant, avait fait une chute sur la cuisse. Depuis cette époque, apparition d'une tumeur de la région fessière droite, à croissance progressive.

A l'examen, on trouve une tumeur grosse à peu près comme une tête d'enfant, tendue, fluctuante, indolore même à la pression et sans aucune altération de couleur de la peau.

Ponction simple. Liquide caractéristique, plus de nombreux échinocoques.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes hydatiques de la fesse sont fréquents parmi les kystes musculaires. Les kystes multiloculaires sont exceptionnels.

II. — Le traumatisme souvent mentionné dans les antécédents semble être une cause favorisante de leur évolution.

III. — Leur diagnostic est souvent délicat, mais grâce aux procédés de laboratoire, il paraît aujourd'hui plus facile.

IV. — Chaque fois que la nature hydatique d'une tumeur sera soupçonnée, la ponction exploratrice devra être évitée, car elle peut avoir des inconvénients : suppuration et intoxication hydatique.

V. — Le pronostic des kystes hydatiques de la fesse est bénin. Comme pour les kystes musculaires en général, leur mortalité est à peu près nulle.

VI. — Le traitement de choix est l'extirpation de la poche. La marsupialisation sera réservée aux kystes inextirpables.

VII. — Au point de vue prophylactique, il serait nécessaire d'exercer une surveillance plus sévère dans les abattoirs et d'expliquer au public les causes des mesures qui lui sont conseillées.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président.

C. SIGALAS.

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 3 décembre 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1894.
- ADAM. — Echinococcose alvéolaire. *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1913.
- BAZY. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1900.
- BERTÉLÉ. — Thèse de Lyon, 1897.
- BRASSART. — Étude sur le diagnostic des kystes hydatiques externes. Thèse de Paris, 1877.
- BROÏDO. — Echinococcose alvéolaire. *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1901.
- BRUMPT. — Précis de parasitologie.
- CALANDREAU. — Thèse de Bordeaux, 1918-1919.
- CHARCOT et DEVAINE. — Compte rendu de la Société de biologie de Paris, 1887.
- CLAISE et DARTIGUES. — *Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1899.
- DEBOVE. — *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1888.
- DEVÉ. — *Archives de médecine expérimentale*, 1915-1916.
— Société de biologie de Paris, 1916.
— Valeur diagnostique du frémissement hydatique. Société de médecine de Rouen, 1922.
- DELBET et LE DENTU. — Traité de chirurgie, t. IX et XXVII.
- DUPUYTREN. — Leçons orales de clinique chirurgicale, t. II.
- FERNET. — Société anatomique de Paris, 1885.
- GROS. — Thèse de Paris, 1899.

- GUYOT. — XXVI^e Congrès de chirurgie, 1913.
- FORGUES. — Précis de pathologie externe.
- ITHURRAT et CALCAGNO. — II^e Congrès national de la République Argentine, 1922.
- MILIAN. — *Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1900.
- MARGUET. — Thèse de Paris, 1888.
- MONOD. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1900.
- NEISSER. — *Die echinococcus krankheit*. Berlin, 1877.
- PEAN. — Leçons de clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-Louis, 1879.
- PERAIRE. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1895.
- ROGER, VIDAL, TEISSER. — Nouveau traité de médecine, t. V.
- SERVANTIE. — Les examens de laboratoire dans l'échinococcose humaine.
- SOULIÉ. — *Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1905.
- SEGOND. — Traité de chirurgie, 1898, t. VI.
- VEGAS et CRANWELL. — Les kystes hydatiques en République Argentine. *Revue de chirurgie de Paris*, 1900.
- WEINBERG. — Séro-diagnostic de l'échinococcose. *Paris médical*, 1910.

